

北村クリニック 泌尿器科一般 問診票

フリガナ	
氏名	性別（男・女） 生年月日 年 月 日 (歳)
住所 (〒 -)	
電話番号 - -	携帯番号 - -
緊急連絡先 - -	(さま)
当院を知ったきっかけ <input type="checkbox"/> 通りがかり <input type="checkbox"/> インターネット <input type="checkbox"/> 医院の紹介 () <input type="checkbox"/> 知人の紹介 <input type="checkbox"/> 仕事場が近く <input type="checkbox"/> その他 ()	

■現在の症状について（複数チェック可能です）

- 血尿 残尿感 排尿時の痛み 尿が出にくい 頻尿 尿がもれる
 腰部背部に痛みがある 陰囊の腫れ 陰囊の痛み 外性器の異常
 検診で尿検査異常 前立腺がん検診での異常 腎臓の異常 夜尿症
 包茎の問題
 その他 ()

■いままでかかった病気について

- 心臓病 脳血管の病気 神経の病 心の病気 呼吸器の疾患
 胃腸の病気 耳鼻科の病気 婦人科の病気 皮膚科の病気
その他具体的に ()

■アレルギーについて

体にあわないお薬や食べ物はありますか？（ある ・ ない）
ある場合、具体的に ()

■その他のご要望について

ご記載お疲れ様でした。

お薬手帳・紹介状は忘れずに診察時に、持参してください。